

MESA REDONDA
SECCIONAL DE GINECOLOGIA

TEMA:

INCONVENIENTES
DE LA HISTERECTOMIA SUBTOTAL

COORDINADOR:

Dr. RICARDO TOPOLANSKY SIERRA

PONENTES:

Inconvenientes de la histerectomía subtotal. Sus consecuencias. *Dr. Ricardo Topolansky Sierra.*

¿En qué circunstancias optamos por la histerectomía subtotal? *Dr. Américo Stábile.*

Carcinoma de cuello uterino en el muñón. *Dr. Eduardo Schaffner.*

La histerectomía subtotal en el carcinoma del endometrio. *Dr. Guillermo A. Tobler.*

Técnica de la histerectomía total. *Dr. Mario F. Olazábal.*

Riesgos inmediatos en las histerectomías totales. *Dr. Ciro A. Jau-mandreu.*

DISCUSION

INCONVENIENTES DE LA HISTERECTOMIA SUBTOTAL

Sus consecuencias

Dr. RICARDO TOPOLANSKY SIERRA

Es para mí un gran honor haber sido designado por la Sociedad Ginecotológica del Uruguay coordinador de esta Mesa Redonda, hecho que aprovecho para agradecer efusivamente en este momento.

La elección del tema de esta Mesa tiene una importancia mayor que la que parece desprenderse del título, por la magnitud de los problemas que pueden crearse a las pacientes que han sido sometidas previamente a una histerectomía subtotal. Esta goza aún de cierto predicamento en muchos ambientes e incluso es practicada aún por muchos ginecólogos, sobre todo en otros países. No obstante, la tendencia mundial hacia la histerectomía total es cada vez mayor, lo que parece más racional no bien se medite un poco sobre las técnicas a emplear y las indicaciones que las motivan. Como tantos otros problemas de la medicina, la indicación de una intervención y la elección de una técnica adecuada, ha sufrido las lógicas modificaciones que imprime la experiencia por un lado y la aplicación de nuevos elementos coadyuvantes en anestesia, transfusiones, etc., por otro.

Así, por ejemplo, cuando la rapidez era un factor importante en las intervenciones quirúrgicas, podía estar justificada la histerectomía subtotal. Aún recuerdo haber oído comentar, con cierta admiración, la operación efectuada por el profesor tal o el doctor cual en 25 ó 30 minutos, destreza necesaria cuando el ombrèdanne o la mascarilla de cloroformo eran lo único que podía ofrecerse a las pacientes en materia de anestesia y las transfusiones representaban un riesgo aún mayor que el de la propia cirugía. Lo mismo en lo que se refiere a la posibilidad de sepsis al abrir la vagina. Se comprende que decidirse a efectuar una histerectomía total en esas circunstancias exigía una capacidad que no estaba en las manos de todos los ciru-

janos. Pero esos tiempos —no tan prehistóricos— han cambiado fundamentalmente y hoy consideramos a la histerectomía total como una intervención corriente en cirugía ginecológica. Tal vez el hecho de que numerosos cirujanos enfrentados a un mioma en una paciente con metrorragias, obrando en forma un tanto impulsiva, practiquen una histerectomía subtotal, sea sólo una rémora de un pasado inmediato en el que eso era lo que se enseñaba.

Se estima que entre 6% y 9% de las mujeres de una colectividad han sido histerectomizadas, pero la proporción relativa entre histerectomía total y subtotal en la población actual es imposible de determinar. Graham, Sotto y Paloucek sostienen que algo más de la mitad de las mujeres histerectomizadas en los Estados Unidos, tienen un muñón cervical restante, proporción que es dable suponer irá cayendo rápidamente a medida que pase el tiempo.

Debido, pues, a los problemas que atañen a la mujer histerectomizada con muñón cervical es que estamos aquí, en este 18º Congreso de Cirugía, para decir nuestra palabra de cirujanos ginecólogos en la hora actual, de técnicas depuradas, anestias seguras, relajaciones musculares completas y transfusiones, antibióticos y todas las demás mejoras que han concurrido a brindar mayor seguridad al acto quirúrgico.

Dos son las principales consecuencias que pueden derivarse de la práctica de la histerectomía subtotal: la primera se refiere a la posibilidad de malignización del muñón cervical, problema de entidad cierta que fue motivo de un relato en un reciente congreso en la República Argentina, sin contar con la posibilidad de la existencia de dicho cáncer en el momento de la intervención, hecho que desgraciadamente ocurre también con alguna frecuencia en nuestro medio. Sobre este tema disertará el Dr. E. Schaffner, personalidad ampliamente conocida en nuestro medio y Director del Instituto de Radiología y Centro de Lucha contra el Cáncer, del Ministerio de Salud Pública.

La segunda posibilidad a que nos referíamos será comentada por el Prof. Adj. Dr. Guillermo Tobler, ginecólogo del Instituto de Oncología de la Facultad de Medicina, y enfoca un problema que lamentablemente observamos también con bastante frecuencia, que constituye un error diagnóstico y que no debería ocurrir, a saber, la existencia de un cáncer de endometrio que ignorado no es tratado por consiguiente en la forma correcta, siendo develada la incógnita recién cuando el anatomopatólogo estudia la pieza y el daño ya está hecho.

Otras lesiones cervicales de menor magnitud, pueden ser fácilmente solucionables posteriormente y no serán comentadas aquí, aunque exijan una nueva intervención y anestesia que

hubiera podido ser obviada, tales como desgarros y cervicitis crónicas, productos todos del molesto flujo que aqueja a tantas mujeres.

El Dr. Mario Olazábal, Asistente de la Clínica Ginecotocológica del Prof. Crottogini, se referirá a las técnicas de histerec-tomía total, mostrando sobre todo las técnicas abdominales con las dos variantes principales y haciendo especial hincapié en la llamada técnica intrafascial o de Richardson que evita los problemas de injuria del uréter, famoso escollo de la cirugía pél- vica que, sin embargo, hay que aprender a no temer.

Con esto no queremos decir que la histerec-tomía total sea una intervención fácil. Como toda intervención quirúrgica, tiene sus riesgos y a ellos va a referirse el Prof. Dr. Ciro Jaumandreu, Director de la Clínica Ginecotocológica "C", quien con su conocida solvencia en este tema hablará sobre las lesiones del uréter y su profilaxis, las lesiones de vejiga y recto en el curso de la intervención, y la posibilidad de hemorragias importantes.

Por último, al Prof. A. Stábile, Profesor de Patología Gine- cotocológica, se le ha confiado la tarea de estudiar las indica- ciones actuales de la histerec-tomía subtotal y los recursos que pueden paliar en parte las insuficiencias de esta técnica.

Hemos pensado que una intervención que fue practicada hasta hace relativamente poco tiempo con general beneplácito —a pesar de sus consecuencias—, debía tener y tiene aún indi- caciones, si bien la mayoría, por no decir todas, nacen de la imposibilidad de efectuar la histerec-tomía total, indicaciones que deben ser conocidas para sus aplicaciones cuando corresponda.

Dicho esto, damos la palabra al primero de los ponentes.